|  |
| --- |
| **POLİMER MALZEME MÜH. BÖLÜMÜ TEST/CİHAZ KULLANIM TALEP FORMU** |
| Talep Edenin (Öğretim Elemanı) Adı Soyadı İmzası İletişim Bilgisi (Telefon Numarası) |   |
|
|
| Numune Sayısı ve Numune Bilgisi (İçeriği, Çözücü, vb.) |   |
|
|
| Hangi amaçla yapıldığı (TÜBİTAK, BAP, Tez Çalışması vb.) |   |
|
|
| Analiz Bilgisi (Kullanılan Cihaz ve Method vb.)  |   |
|
|
| Analizin Yapılış Tarihi ve Saati |   |
|
|
| **Not:** Haftada **en fazla 5 numune** test edilebilir.​ |
| Kullanıcı (Öğrenci) Adı Soyadı İmzasıİletişim Bilgisi (Telefon Numarası) |   |   |   |
|
|
|
|
| **AÇIKLAMALAR** |
| **UV-Vis-NIR** |
| \*Haftada en fazla 3 analiz/ 3 Numune |
| **FT-IR** |
| \*ATR aparatının kristalinde oluşan zedelenmeden dolayı bu aparat yoğun kullanım için uygun değildir. Bu nedenle bu cihaz bölüm dışı gelen taleplere kapatılmıştır. |
| **Not:** Sarf gerektiren cihazların sarf ihtiyaçları talep eden kişiler tarafından temin edilecektir.Analiz tarihinden en az 10 gün önce analiz başvurusunda bulunmanız gerekmektedir. |